

人工硬脑膜减张缝合治疗开颅术中 并发脑肿胀的临床效果观察

王轶峰 李青 鞠德仁

(江西省高安市人民医院脑外科 高安 330800)

摘要:目的:研究人工硬脑膜减张缝合治疗开颅术中并发脑肿胀的临床效果。方法:选取我院 2012 年 1 月~2014 年 1 月收治的行开颅手术并发脑肿胀患者 120 例,随机分为对照组和观察组各 60 例,对照组采用保守方法进行治疗,观察组采用人工硬脑膜减张缝合法进行治疗,对比两组的治疗效果及并发症发生情况。结果:观察组总有效率为 95.00%,对照组总有效率为 71.67%,观察组总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,具有统计学意义。两组患者并发症的发生情况对比,观察组出现脑疝 1 例,脑膨出 1 例,脑脊液漏 1 例,并发症发生率为 5.00%;对照组出现脑疝 3 例,脑膨出 4 例,脑脊液漏 3 例,并发症发生率为 16.67%;对照组患者并发症发生率明显高于观察组, $P<0.05$,具有统计学意义。结论:人工硬膜减张缝合法治疗开颅术中并发脑肿胀疗效显著,且并发症发生率低,值得临床推广应用。

关键词:开颅术;脑肿胀;人工硬膜减张缝合;效果

中图分类号:R551.11

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.037

随着社会环境危险因素的增多,如交通工具的普及、高空作业工人增多,高能量创伤患者例数呈爆发式增长,急性重型颅脑外伤是最常见的危重高能创伤病症类型之一^[1]。手术是治疗急性重型颅脑外伤最有效的技术手段,近年来,开颅手术明显进步,但急性重型颅脑外伤死亡率仍居高不下,急性脑肿胀等并发症成为导致患者死亡的主要原因。急性脑膨胀若不采取有效措施控制,极有可能出现脑疝或者脑膨出,增加继发损伤和不良预后发生风险,并发症致残、致死率极高。选择合理的干预措施是改善急性重型颅脑外伤并脑膨胀患者预后的关键^[2]。本研究选取我院 2012 年 1 月~2014 年 1 月间收治的行开颅手术并发脑肿胀患者 120 例,进行分组研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 1 月~2014 年 1 月收治的行开颅手术并发脑肿胀患者 120 例,随机分成两组。对照组 60 例患者,男 34 例,年龄 16~68 岁,平均年龄(37.2±11.9)岁;女 26 例,年龄 17~67 岁,平均年龄(38.5±11.7)岁;其中坠落致伤 13 例,暴力致伤 18 例,车祸致伤 23 例,其他致伤 6 例。观察组 60 例患者,男 32 例,年龄 19~68 岁,平均年龄(38.1±12.1)岁;女 28 例,年龄 14~66 岁,平均年龄(36.9±11.4)岁;其中坠落致伤 15 例,暴力致伤 16 例,车祸致伤 22 例,其他致伤 7 例。两组患者在性别、年龄、致病类型上均无显著性差异, $P>0.05$,无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用保守方法治疗开颅术中并发脑肿胀,以亚低温疗法配合甘露醇和激素药

物来降颅压。观察组采用人工硬脑膜减张缝合法进行治疗。具体方法:(1)术前准备:术前观察患者各项生命体征,静脉注射 20~40 mg 呋塞米或行甘露醇静脉滴注以降低患者颅压,对静脉通路扩容及处理合并伤以防止产生低血压;(2)手术方法:取患者外伤大骨瓣开颅,于颞弓上外耳取 1 cm 切口,并在耳廓上方向后下方或正方到顶骨结节延伸,再从额正线向前于发际下延伸,按照顺序从外耳道上方 1 cm 处、眉弓下接近中线处、耳前靠近颞底处钻孔,切口内钻孔 2~3 个,并形成骨窗,悬吊硬脑膜,并放射状切开,放出脑脊液,然后处理积液、清理坏死组织,并止血,最后根据颅内压对硬脑膜进行减张缝合。

1.3 效果评估 参照 GOS 分级标准进行疗效评定,分为显效、有效、无效三个等级标准。主要观察指标有脑疝、脑膨出、脑脊液漏等情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行数据统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 观察组总有效率明显高于对照组,具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	35(58.33)*	22(36.67)	3(5.00)*	57(95.00)*
对照组	60	21(35.00)	22(36.67)	17(28.33)	43(71.67)

注:与对照组比较,* $P<0.05$,具有统计学意义。

2.2 并发症比较 对照组患者并发症发生率高于观察组,具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组并发症发生情况对比[例(%)]

组别	n	脑疝	脑膨出	脑脊液漏	合计
观察组	60	1(1.67)	1(1.67)	1(1.67)	3(5.00)*
对照组	60	3(5.00)	4(6.67)	3(5.00)	10(16.67)

注：与对照组比较，*P<0.05，具有统计学意义。

3 讨论

在临床治疗中，重度颅脑损伤患者致残几率较大，且容易引起诸多并发症，如脑肿胀、出血、颅内水肿等，甚至导致患者死亡。针对并发症应及时进行开颅手术，对颅内的血肿和脑挫裂伤病灶进行清除，并将骨瓣剔除，以实现颅内减压^[3]。在以往进行骨瓣减压时，由于存在脑肿胀现象，无法对硬脑膜进行缝合，通常都不对硬脑膜进行缝合，使得患者极易出现脑脊液漏、骨窗疝、颅内感染、癫痫、硬膜下积液等并发症。为了解决这一难题，现代医学对硬脑膜的缝合技术进行了深入地研究，于是便出现了一些新的技术，如硬脑膜多处开窗、硬脑膜网状切开等。这些技术的出现对硬脑膜的缝合和修复有积极的作用，可以有效地减少脑膨出、癫痫、脑脊液漏、颅内感染等不良并发症，为患者的康复奠定良好的基础^[4]。

本研究结果显示，观察组采用人工硬脑膜减张缝合技术对于开颅术中并发脑肿胀患者具有极好的预后效果，其治疗总有效率达到了 95.00%，明显高于对照组的 71.67%，因此新型人工硬脑膜减张缝合技术要比传统的保守方法（进行甘露醇和激素静脉降颅压）效果更佳。同时，开颅术中并发脑肿胀在治疗过程中常见的并发症有脑疝、脑膨出、脑脊液漏等，采用人工硬脑膜减张缝合术可有效降低并发症发生率，观察组并发症发生率 5.00%，明显低于对照组的 16.67%。综上所述，采用人工硬脑膜减张缝合技术治疗开颅术中并发脑肿胀患者具有极佳的治疗效果，可有效降低并发症的发生率，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 畅涛,赵晓平,王莉.改良减张缝合技术在重度颅脑损伤治疗中的应用[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(5):124-125
[2] 司文,王铁军,牛国盛,等.硬脑膜量化减张缝合在去骨瓣减压术中的应用[J].皖南医学院学报,2011,30(1):28-30
[3] 宋明浩,李志祥,马文斌.脑膜减张缝合治疗开颅术中并发脑肿胀 112 例分析[J].西部医学,2011,23(8):1536-1537
[4] 陈悦达,洪健,孙洪生,等.人工硬脑膜在颅脑创伤手术中的应用[J].透析与人工器官,2009,20(4):1-4

(收稿日期:2014-08-20)

无创治疗颈、腰椎病疗效探讨

胡全华 胡凤蓉

(江西省南昌市第五医院康复医学科 南昌 330000)

摘要:目的:探讨无创治疗颈、腰椎病的临床疗效。方法:2013 年 1 月~2014 年 4 月,随机抽取本院 137 例颈、腰椎病患者,通过四诊并结合现代影像学报告诊断,针对不同类型、年龄的病例采取相应的传统和现代康复疗法治疗。结果:治愈 112 例,好转 23 例,未愈 2 例;其中腰椎病治愈率 83.7%,总有效率 98.1%;颈椎病治愈率 75.8%,总有效率 100.0%。结论:胡氏无创治疗颈、腰椎病的疗效显著、适应性广、安全,避免了手术治疗的痛苦。

关键词:颈、腰椎病;无创治疗;疗效探讨

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.038

2013 年 1 月~2014 年 4 月,随机抽取本院 137 例颈、腰椎病患者,通过四诊并结合现代影像学报告诊断,针对不同类型、年龄的病例采取相应的传统和现代康复疗法治疗,取得较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2013 年 1 月~2014 年 4 月来本院就诊的颈、腰椎病患者 137 例,其中男 80 例,女 57 例;最小年龄 17 岁,最大年龄 67 岁,平均年龄(42±2.5)岁;颈椎病 33 例,腰椎病 104 例。患者有慢性劳损、外伤史或颈、腰椎退行性病变。

1.2 症状及体征 (1)颈、肩背疼痛,头痛头晕,颈部板硬,上肢麻木。颈部活动功能受限,病变颈椎棘

突、患侧肩胛骨内上角常有压痛,可摸到条索状硬结,少数可有上肢肌力减弱和肌肉轻度萎缩,心悸,臂丛牵拉试验阳性,压头试验阳性。(2)慢性腰痛者或伴向下肢放射,腹压增大疼痛增加,脊柱侧弯,腰椎生理弧度消失,病变部位棘突或一侧横突有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限,下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩,直腿抬高或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇趾背伸直力减弱。(3)颈椎 X 线正位显示,钩椎关节增生,张口位可有齿状突偏歪,侧位摄片显示颈椎曲度变直,椎间隙变窄,有骨质增生或韧带钙化,斜位摄片可见椎间孔变小。腰椎 X 线显示:脊柱侧弯,腰